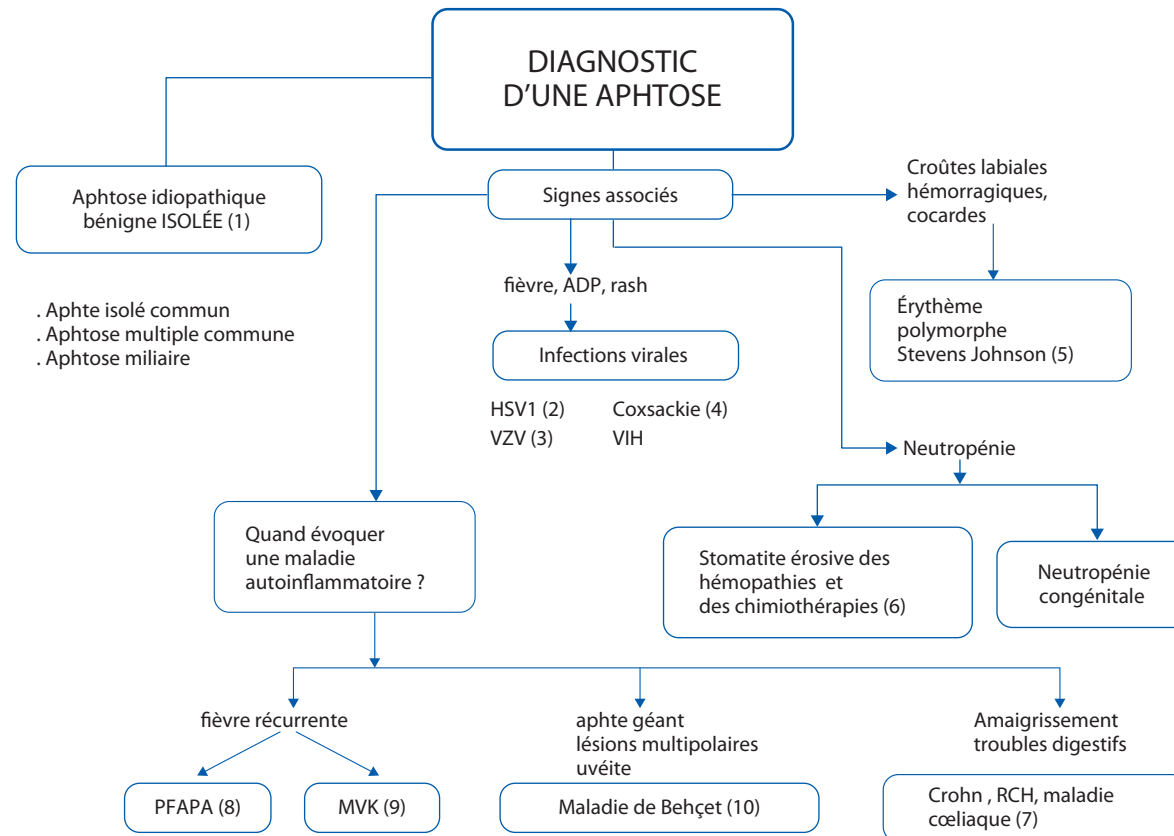


J.-L. Stephan

Service de Pédiatrie, CHU de Saint-Étienne, 42055 Saint-Étienne, France



■ Abréviations

ADP : adénopathies
HSV1 : herpes virus type 1
MVK : déficit mévalonate kinase
PFAPA : *Periodic Fever Aphthous stomatitis Pharyngitis Adenitis*
RCH : rectocolite hémorragique
VIH : virus de l'immuno-déficience humaine
VZV : virus varicelle zona

■ Arbre diagnostique - Commentaires

(1) **L'aphte isolé commun** est une ulcération de petite taille, de forme arrondie ou ovale, à fond jaune, cerné d'un bord rouge régulier, douloureuse, évoluant en 8 à 10 jours. L'aphtose idiopathique bénigne est la forme la plus fréquente : l'enfant présente régulièrement un ou quelques aphtes banals, déclenchés parfois par des contacts alimentaires (agrumes, tomate, noix, gruyère). Dans l'**aphtose multiple commune**, la durée de chaque élément est de 8 jours, mais l'évolution décalée des aphtes (jusqu'à dix, simultanés ou successifs) prolonge la poussée sur plusieurs semaines. Les éléments de l'**aphtose miliaire** sont typiques mais de petite taille (2 à 5 mm), nombreux (dix à 100 éléments). Quelquefois, un ou deux éléments sont plus importants. L'aspect de l'éruption est très proche de celui de l'herpès buccal (érosions arrondies post-vésiculeuses), mais il n'y a pas de syndrome général, pas d'adénopathies, et surtout, on ne retrouve aucune lésion péri-buccale évocatrice de l'éruption herpétique. En cas de doute, on recherche l'effet cytopathogène d'un frottis du fond d'une ulcération, positif dans l'herpès, négatif dans l'aphtose miliaire.

(2) Dans l'**infection herpétique**, l'érosion est polycyclique et succède à un bouquet de vésicules sur une base érythémateuse. L'évolution est suintante et douloureuse, parfois croûteuse ou aphtoïde, accompagnée parfois d'adénopathies satellites et d'une fébricule. Les récurrences herpétiques sont rarement strictement muqueuses ; elles surviennent plus souvent sur le vermillon des lèvres et autour. La forme majeure de gingivostomatite fébrile érosive est caricaturale d'une primo-infection herpétique.

(3) **Varicelle et zona** : les lésions sont similaires à celles de l'herpès, mais plus étendues, endojugales, d'évolution aphtoïde

pour la varicelle, ou avec regroupement lésionnel sur le territoire muqueux des nerfs V, VII ou IX en accompagnement d'un zona cutané.

(4) **Herpangine, syndrome main-pied-bouche** : ces dermatoses aiguës érythémato-bulleuses parfois récidivantes, peuvent être de localisation muqueuse prédominante.

(5) **Les lésions muqueuses** sont douloureuses, de siège diffus dans la cavité buccale, avec prédominance de l'atteinte labiale. Le diagnostic clinique est évident en présence des lésions cutanées caractéristiques, en cocarde (au niveau des paumes de mains en particulier). Lorsque l'atteinte muqueuse est sévère, la cause est surtout médicamenteuse : toxidermie aux sulfamides, AINS, antibiotiques, barbituriques.

(6) **Des stomatites érosives** compliquent les agranulocytoses des hémopathies (stomatite avec pseudomembranes) ou les chimiothérapies aplasiantes (anthracyclines).

(7) **La maladie de Crohn** peut s'exprimer par des ulcérations inflammatoires aphtoïdes, buccales ou péri-anales. En l'absence de manifestation digestive, les granulomes épithélioïdes non caséux à la biopsie orientent le diagnostic.

(8) Le syndrome décrit pour la première fois en 1987 par Marshall est une maladie périodique fébrile d'étiologie inconnue. En particulier aucune anomalie génétique à l'origine de ce syndrome n'a pu être mise en évidence jusqu'à maintenant. Ce syndrome est caractérisé par des accès fébriles récidivants en moyenne tous les 4 semaines d'une durée de 4 à 5 jours avec des intervalles libres entre les accès fébriles où l'enfant est totalement asymptomatique. La présentation clinique associe à un état fébrile autour de 40 °C avec des aphtes, une pharyngite,

parfois des adénopathies cervicales en l'absence d'une infection des voies aériennes supérieures. Le diagnostic est uniquement clinique avec une biologie totalement non spécifique, et nécessite bien entendu l'exclusion des autres maladies caractérisées par des accès fébriles récurrents. Les autres signes inconstants comprennent les douleurs abdominales, des arthralgies sans véritable arthrite, les céphalées, un rash urticarien.

(9) **Le syndrome hyper-IgD** par déficit en mevalonate kinase (MVK) est caractérisé par la survenue de grands accès fébriles avec frissons, jusqu'à 40 °C, de 3 à 7 jours accompagnés de douleurs abdominales, de vomissements et de diarrhée, parfois d'arthralgies, d'aphtes, d'adénopathies cervicales douloureuses, d'hépatosplénomégalie, des signes cutanés variés (rash urticarien, purpura nodulaire, érythème marginé). Les manifestations apparaissent tôt dans la vie, parfois en période néonatale. Le déclenchement est souvent une infection virale ou une vaccination. Il est de transmission autosomique récessive. Le diagnostic repose sur la chromatographie des acides organiques urinaires (recherche d'une acidurie mévalonique).

(10) **Aphte géant** : ulcération arrondie de plus de 1 cm, régulière, entourée d'un liseré érythémateux, à base souple. Le caractère bipolaire (orogénital) est caractéristique. Rechercher d'autres éléments de ce diagnostic : pseudofolliculites cutanées, hypersensibilité aux points d'injection, uvéite antérieure, atteinte neurologique ou articulaire, phlébite superficielle, HLA B5.

Liens d'intérêts

L'auteur a déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts pour cet article.

Correspondance :

Adresse e-mail : j.louis.stephan@chu-st-etienne.fr (J.-L. Stephan)

■ Références

Chan MH, Wolf JC. Biopsy techniques and treatment of mucocutaneous lesions. Dent Clin N Am 2012;56:43-73.

Akintoye SO, Greenberg MS. Recurrent aphtous stomatitis. Dent Clin N Am 2005;56:31-47.